Formular für Steuerdaten zur Rechnungsstellung

und Einwilligung „Datenschutz“

Private Praxis für Sportmedizin

von Dr. Vincenzo De Nigris

FÜR DIE RECHNUNGSSTELLUNG ERFORDERLICHE DATEN

Vorname	
Nachname	
Geburtsort	
Geburtsdatum	
E-Mail	
Mobiltelefonnummer	

Steuernummer															

WOHNSITZ	Wohnsitzdaten
Gemeinde	
Provinz	
Postleitzahl	
Adresse (Straße, Platz usw.)	

KURZINFORMATION UND EINWILLIGUNG ZUR VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

(Gemäß Art. 13 der Verordnung (EU) 2016/679 – DSGVO)

Der Unterzeichnende erklärt durch seine untenstehende Unterschrift, die vom Medizinischen Studio bereitgestellte Information zur Verarbeitung personenbezogener Daten erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.

Die erhobenen personenbezogenen, meldeamtlichen, steuerlichen und gesundheitlichen Daten werden ausschließlich zu Zwecken der Diagnose, Behandlung, Prävention sowie zur Abwicklung der verwaltungstechnischen, buchhalterischen und steuerlichen Verpflichtungen verarbeitet, die eng mit der angeforderten medizinischen Leistung verbunden sind.

Gewährleistung der geschäftlichen Vertraulichkeit:
Es wird ausdrücklich gewährleistet, dass die erhobenen Daten **in keiner Weise zu kommerziellen, Marketing- oder Profiling-Zwecken an Dritte weitergegeben, abgetreten oder mitgeteilt werden**. Die Daten dürfen ausschließlich dann an öffentliche oder private Stellen weitergegeben werden, wenn dies durch gesetzliche Bestimmungen vorgeschrieben ist oder für die Erfüllung der Behandlungszwecke unbedingt erforderlich ist (z. B. Analyselabore, Gesundheitsbehörde, steuerliche Verpflichtungen).

Die Verarbeitung erfolgt sowohl mit Papierunterlagen als auch mit elektronischen Mitteln, unter vollständiger Einhaltung der gesetzlich vorgesehenen Sicherheitsmaßnahmen, um die größtmögliche Vertraulichkeit und Integrität der Daten zu gewährleisten.

FORMEL DER AUSDRÜCKLICHEN EINWILLIGUNG

1. Haupteinwilligung (verpflichtend für den Erhalt der Behandlung)
Der Unterzeichnende willigt in die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (oder jener des vertretenen Minderjährigen) ein, einschließlich der Daten zum Gesundheitszustand, die für die Durchführung der medizinisch-gesundheitlichen Leistungen und der entsprechenden Verwaltungsaufgaben erforderlich sind.
Erforderliche Einwilligung für die Erbringung der medizinischen Leistung **[X] ICH WILLIGE EIN [ ] ICH WILLIGE NICHT EIN**

2. Einwilligung für Terminerinnerungen (freiwillig)
Der Unterzeichnende ermächtigt das Medizinische Studio, seine Mobiltelefonnummer für den Versand von Erinnerungen an Termine oder Service-Mitteilungen zu verwenden, die eng mit der Organisation der Besuche verbunden sind, per SMS oder Instant-Messaging (z. B. WhatsApp).
[ ] ICH WILLIGE EIN [ ] ICH WILLIGE NICHT EIN

DATEN UND UNTERSCHRIFT

Ort und Datum: Schlanders, ____/_____/202__

Wenn der Patient VOLLJÄHRIG ist:

Unterschrift des Patienten: X _____

Wenn der Patient MINDERJÄHRIG ist (von den Eltern/gesetzlichen Vertretern auszufüllen):

Vor- und Nachname des Minderjährigen: _____

Ausübende/r der elterlichen Verantwortung oder Vormund (Vor- und Nachname):
_____

Unterschrift des Elternteils / gesetzlichen Vertreters (*): _ X _____

() Hinweis: Für medizinische Behandlungen Minderjähriger ist in der Regel die Unterschrift beider Elternteile erforderlich. Wenn nur ein Elternteil unterschreibt, erklärt dieser unter eigener Verantwortung, auch im Einklang mit der Zustimmung des anderen Elternteils zu handeln.*
